UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 70

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES HERNIES
DE L'APPENDICE VERMIFORME SEUL ET DES APPENDICITES HERNIAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1911

PAR

Jean DEVAUX

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 17 décembre 1885
Ancien externe des hôpitaux de Marseille
Ancien interne des Asiles des Bouches-du-Rhône

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.*	*Assesseurs*
	ESTOR, Professeur	
	RICHE, Agrégé	
	MASSABUAU, Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES HERNIES

DE L'APPENDICE VERMIFORME SEUL

ET DES APPENDICITES HERNIAIRES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 70

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES DE L'APPENDICE VERMIFORME SEUL ET DES APPENDICITES HERNIAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1911

PAR

Jean DEVAUX

Né à Marseille (Bouches-du-Rhône), le 17 décembre 1885
Ancien externe des hôpitaux de Marseille
Ancien interne des Asiles des Bouches-du-Rhône

ACAD. BAT. BIBL.

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président.*	
	ESTOR, Professeur	*Assesseurs*
	RICHE, Agrégé	
	MASSABUAU, Agrégé	

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *président.*	MM. RICHE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE LUDOVIC

J. DEVAUX.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOINET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

J. DEVAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

J. DEVAUX.

MEIS ET AMICIS

J. DEVAUX.

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre ce travail, dernier acte de scolarité et timide essai de notre expérience médicale, il est juste d'évoquer le souvenir de tous ceux qui nous aidèrent à arriver à ce terme. Coutume que nous lègue la tradition, coutume à laquelle nous sommes heureux de nous soumettre, car elle est pour nous l'occasion de témoigner à tous ceux qui nous sont chers l'expression de notre reconnaissance. De toutes ces pages c'est celle-ci qui pour nous est la plus facile à écrire car elle est toute entière l'écho de notre cœur.

A nos Maîtres des premières années qui jetèrent les premières bases de notre instruction notre affection va d'abord ; à nos Maîtres de l'Ecole de médecine de Marseille dont nous avons reçu les précieux enseignements qui resteront le solide fondement de notre instruction professionnelle nous adressons un témoignage de respectueuse reconnaissance. Plus particulièrement à M. le profeseur Boinet qui fut pour nous à la fois un Maître aux conseils éclairés qui nous initia avec une particulière bienveillance aux premières notions de la

clinique, et un conseiller affectueux toujours prêt à joindre à ses leçons un précieux conseil.

A M. le professeur Fiolle qui est à la fois l'ami d'hier et le jeune Maître dont on apprécie la valeur, qui nous a inspiré le sujet de ce travail, nous sommes heureux de dire toute notre sympathie.

A tous ceux dont nous avons reçu l'exemple du dévouement et du travail nous tenons à rendre hommage, mais plus ému sera ce témoignage à un père affectueux et chéri qui fut pour moi la vivante personnification des plus hautes vertus. Je ne pourrai qu'affaiblir par la banalité des mots les sentiments que j'éprouve pour son affectueuse fermeté qui guida toute ma jeunesse au prix de bien des sacrifices et d'une abnégation de chaque jour. Lui dédier ce travail est pour moi la bien faible expression de profonde et respectueuse tendresse d'un fils. J'associe à ce témoignage d'affection le souvenir ému d'une mère qui trop tôt fut enlevée à ma tendresse.

Que mon frère Ludovic voit dans ce souvenir l'expression d'une profonde affection pour lui qui fut, en même temps qu'un frère aimé, un ami aux conseils sûrs et pondérés ; et dans ce souvenir j'unis tous ceux qui lui sont le plus chers.

A mes chers camarades qui sur les bancs déjà lointains du collège, dans les hôpitaux et à la Faculté, furent les compagnons de mes travaux et de mes joies ; à eux qui vécurent les heures heureuses de notre jeunesse ; à mon ami Maurice Galop j'adresse ce témoignage spécial d'une amitié qui restera un des souvenirs les plus aimés de ma vie d'étudiant qu'il partagea d'une façon plus intime et toute fraternelle aux heures sérieuses de travail, aux heures plus graves

de nos rêveries et à celles toutes vibrantes d'insouciante jeunesse.

En quittant ce passé, fait des ardents enthousiasmes et des aspirations de notre jeunese pour affronter les surprises que nous réserve ce demain si souvent appelé, une tristesse nous prend, car c'est à un peu de soi-même que l'on dit adieu. Mais de ces souvenirs pleins de fraîcheur nous évoquerons toujours avec plaisir et émotion les figures de ceux qui nous furent chers.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES HERNIES

DE L'APPENDICE VERMIFORME SEUL

ET DES APPENDICITES HERNIAIRES

INTRODUCTION

Nous tenons à poser au début de ce travail l'idée directrice qui l'a inspiré ; nous nous sommes donné pour sujet de cette étude la hernie de l'appendice sans complication de hernie du cæcum, c'est l'appendice seul glissant dans un trajet herniaire et présentant des phénomènes inflammatoires dans ce sac péritonéal qui lui a donné abri. C'est une appendicite proprement dite évoluant en dehors de la cavité abdominale. Nous tenons, afin d'éviter toute confusion, à préciser ce point afin de faire une distinction nette avec les hernies du cæcum qui peuvent elles aussi présenter des phénomènes inflammatoires mais consécutifs à un étranglement. Nous n'étudierons pas non plus l'étranglement de l'appendice en tant que lésion iso-

lée, mais seulement comme agent étiologique de l'appendicite.

La division de notre travail sera ainsi comprise :

Chapitre I. — Historique.
Chapitre II. — Observations.
Chapitre III. — Etiologie.
Chapitre IV. — Anatomie pathologique.
Chapitre V. — Tableau clinique et diagnostic différentiel.
Chapitre VI. — Pronostic et traitement.

Nous terminerons enfin notre travail par quelques conclusions qui seront le rapide résumé et l'exposé aussi net que possible des idées que nous a suggérées cette étude.

Enfin, à titre de complément, nous ferons suivre ces divers chapitres de la bibliographie parue sur cette question.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Si l'on veut remonter aux premiers travaux qui ont paru sur la question, il faut en premier lieu rechercher les premières études anatomiques ayant pour objet l'appendice et le cæcum. En s'en rapportant aux travaux de Portal, le premier qui dans ses observations signala à l'attention des médecins la région iléo-cæcale, est Carpi, en 1524. Quelques années plus tard, Estienne donne une reproduction du cæcum et de l'appendice dans ses planches d'anatomie.

Avec l'essor que prend vers la fin du XV[e] siècle l'étude de l'anatomie humaine aidée de l'observation sur le cadavre, qui devient alors plus fréquente, grâce à l'émancipation des préjugés qui jusqu'alors faisaient de la dissection une profanation, les connaissances se précisent. Les travaux de Vésale, Fallope, Bauhin (1605) mettent en lumière la constitution du tube digestif. Mais jusqu'ici

nous sommes encore dans la période des études anatomiques, et c'est à titre de curiosité anatomique que Morgagni signale dans ses observations les premiers cas d'appendice hernié. Santorini, Bichat poursuivant les recherches apportent sur l'anatomie du cæcum de nouvelles précisions.

En 1847, Gerlach décrit avec précision la valvule qui sépare l'appendice du cæcum et qui porte son nom. Deux ans plus tard, ce sont les travaux de Bardeleben et après lui ceux de Kraüse en Allemagne, ceux de Henle et Luschka en Angleterre qui viennent apporter des notions plus exactes encore sur cette question. Enfin, à une époque plus rapprochée de nous, les travaux de Trèves (1886), de Tuffier semblent déterminer nettement et de façon définitive les rapports du cæcum et de l'appendice.

Cette longue série d'observations anatomiques ne pouvait manquer d'attirer l'attention sur les lésions pathologiques de l'appendice et du cæcum, et des inflammations dont ces organes herniés pouvaient être le siège. En 1765, dans son cours de pathologie chirurgicale, Hervin, professeur à l'Ecole royale de chirurgie, donne une description chirurgicale nette de hernie suppurée de l'appendice grangrené :

« Je me trouvais à l'ouverture d'un grand dépôt qui s'était fait par congestion à la partie supérieure et interne de la cuisse et qui s'étendait jusqu'au-dessous de sa partie moyenne ; je fus très surpris d'en voir sortir une énorme quantité de sanie putride dont l'odeur vraiment stercorale me fit soupçonner que quelque portion d'intestin s'était pincée sous l'arcade crurale et s'y était ouverte par la mortification dont les tissus graisseux du foyer de l'abcès étaient atteints. Effectivement, à l'ouver-

ture du sujet qui périt très promptement, M. Marigne, chirurgien du malade, reconnut que l'appendice vermiculaire du cæcum avait glissé sous le ligament de Fallope, auquel il était adhérent, qu'il s'y était pincé et avait permis l'issue des sucs excrémenteux fluides dans les tissus graisseux, pendant que les matières solides avaient continué de passer par l'anus. »

En se rapportant à l'étude de Klein sur l'appendicite herniaire (1868), on trouve le résumé de tous les cas connus à l'époque ; ce sont les travaux de Schwenck, Dieffenbach, Lehmann en Allemagne ; Merling dans sa thèse d'Heidelberg, en 1836, étudie la pathologie de l'appendice et cite plusieurs observations recueillies par lui-même et d'autres cas du professeur Tiedmann ; on trouve dans son travail des observations d'étranglement de l'appendice avec gangrène. En Italie, Javamelli et après lui Taramelli (de Milan) rapportent des faits semblables. Vers la même époque, en France, on rencontre les travaux de Malgaigne, Cabaret, Dujardin-Beaumetz qui signalent la hernie de l'appendice et les accidents qui peuvent en résulter comme une complication des hernies.

En se rapprochant de notre époque nous avons encore à signaler les travaux de Monod (1868) ; les observations de Pick *in The Lancet* (1881), de Sand et Edward Swasey, à New-York, de Thompson (1882) *in British medical Journal*, de Wette et Bayer. Tuffier et Mérigot de Treigny, en 1887, viennent apporter à la nomenclature leurs observations. Depuis ce sont encore les observations de M. Jonnesco, de Pollosson, de Delorme, du Val de Grâce. Au cours de ses leçons cliniques, Le Dentu en relate plusieurs cas. Reclus, Verneuil (1892), Kirmisson ajoutent encore à ces cas déjà nombreux. En 1893, reprenant dans un travail d'ensemble ces nombreux cas jusque-là épars

dans la littérature médicale, Brieger, en Allemagne, publie un travail qui fait suite au mémoire de Klein. Depuis, cette question a été reprise en maintes occasions et les observations se font plus nombreuses. Guinard, en 1896, fait une publication de hernie appendiculaire étranglée.

Ce sont ensuite les thèses de Briançon, Bouillet, Osty ; une communication de Guinard en 1902 à la Société de chirurgie. En 1903, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, Lévy (de Nancy) fait paraître une série d'articles sur les complications des hernies de l'appendice suivie d'une bibliographie très documentée. A mesure que nous nous rapprochons de la période actuelle, cette variété de lésion, qui au début avait été le plus souvent une simple surprise d'autopsie ou un incident au cours d'une opération, fait l'objet d'une série de communications et semble prendre une place spéciale dans la pathologie des hernies.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I

(Observation inédite du Dr Fiolle)

Appendicite suppurée dans une hernie étranglée. — Double perforation de l'appendice. — Péritonite. — Opération. — Guérison.

Le 14 mai 1911 entrait d'urgence à l'Hôtel-Dieu, salle Cauvière, A... P..., employé de commerce âgé de 38 ans, présentant les symptômes d'étranglement herniaire.

Nous avons obtenu du malade les renseignements suivants :

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels nous trouvons à signaler une urétrite blennorragique en 1897 compliquée d'orchite. En 1898 une petite pointe de hernie commence à inquiéter le malade, mais jusqu'en 1899 cette hernie est négligée et ce n'est qu'en cette année que le malade commence à porter le bandage.

Jusqu'en 1901 aucun accident ne survient ; au cours de cette année, le malade, étant appelé à accomplir une période de 23 jours, effectue des manœuvres militaires au cours desquelles le bandage ayant été momentanément enlevé la hernie sort beaucoup plus volumineuse et devient douloureuse ; elle est cependant très réductible. Durant les quatre années suivantes, à part quelques douleurs légères aucun symptôme inquiétant n'attire l'attention du malade. En 1905, à la suite d'une course en bicyclette pénible et longue, le malade souffre durant 3 semaines de coliques ; il présente de la fièvre et quelques vomissements.

Il ne se couche pas, mais est obligé d'interrompre tout travail. Il attribue cette indisposition à un refroidissement pris au cours de sa promenade en bicylette. Puis tout se calme. Mais depuis cette époque, à intervalles encore assez éloignés, tous les 4 mois environ, le malade ressent de petites crises de coliques dans la fosse iliaque droite. Sa hernie rentre bien, nous dit-il, aucun symptôme d'étranglement ne nous est rapporté. Durant ces deux dernières années les crises paraissent s'espacer et diminuer d'intensité : deux crises dans l'année. En 1910 le malade se livre à la représentation pour une maison de commerce , son métier l'oblige à des courses plus longues, à une vie plus active, il commence à souffrir davantage de sa hernie ; le bandage ne la maintient plus, elle glisse fréquemment sous la pelote ; mais elle reste encore réductible. Cependant le malade en souffre, est gêné dans son travail par cette infirmité. Pas de symptômes nets d'étranglement, mais quelques symptômes d'engouement herniaire.

Brusquement, dans la nuit du 13 au 14, sans aucun prodrome, le malade est réveillé dans la nuit par de

violentes coliques ; il essaie d'aller au cabinet, rejette quelques matières fécales et se recouche. Mais la douleur augmente d'intensité, il prend un bain de siège froid dans l'espoir de calmer son mal, essaie de prendre un lavement qu'il rejette de suite après. Il s'aperçoit à ce moment que la hernie n'est plus réductible ; à la suite d'ingestion de tisanes le malade est pris de vomissements mais aucune trace de vomissement porracé. Enfin devant la persistance de la douleur il fait appeler un docteur qui porte le diagnostic d'étranglement herniaire.

Opération par M. le docteur Fiolle, professeur suppléant à l'Ecole de Marseille, chirurgien des hôpitaux.

Le 14 au soir le malade rentre à l'hôpital ; l'état général est parfait, le pouls et la respiration sont très calmes, pas de facies grippé, aucun signe d'infection péritonéale mais signes très nets d'étranglement herniaire. L'opération est décidée.

Après avoir pratiqué l'incision habituelle de la kélotomie on arrive sur le sac que l'on incise : un flot de pus fétide en jaillit ; voulant agrandir l'incision du sac avec le doigt, le chirurgien sent brusquement le contenu du sac fuir devant lui dans le ventre. L'anneau de la hernie était très peu serré.

Pensant être en présence d'une anse intestinale gangrenée, le Dr Fiolle prolonge son incision vers la paroi abdominale et pratique une véritable hernio-laparotomie afin de se donner plus de jour et de rechercher le siège de la lésion. *Les anses grêles* sont amenées sur une grande longueur, elles paraissent *absolument saines* ; le cæcum est attiré à son tour ; il est congestionné et, pendant qu'on l'attire, un flot de pus abondant jaillit de nouveau. Appendu au cæcum l'appendice se montre ; il

est gris, sphacélé et présente deux perforations. L'une de ces perforations siège à un centimètre environ de la base de l'organe, la seconde à son extrémité ; entre les deux perforations un sillon très net est imprimé sur tout le pourtour de l'appendice, c'est probablement le sillon d'étranglement. Reconstituant par la disposition du sillon la position de l'appendice, nous constatons qu'une des perforations s'est produite dans le sac, l'autre débouchait dans le péritoine. Du côté de la cavité abdominale nous ne trouvons aucune trace de limitation, les anses grêles y sont libres et toute la portion de la cavité que l'on peut explorer est envahie par le pus.

Rapidement l'on procède à l'excision de l'appendice, le moignon est enfoui.

On éponge du mieux que l'on peut le pus qui se trouve dans la région et deux énormes drains sortent par la partie moyenne de la plaie. La brèche est rapidement refermée à l'aide de trois fils d'argent, simplement pour éviter l'éviscération.

Puis dans la partie la plus externe du flanc droit une grande incision est pratiquée ; incision de drainage où deux gros drains sont introduits pour assurer le drainage au point le plus déclive. Fermeture au fil d'argent et aux agrafes.

L'opération a duré 1 heure 05 environ ; le malade est ramené dans son lit et on lui administre des injections de sérum caféiné et des bouillottes sont mises à ses pieds ; en résumé toutes les précautions d'usage après une grande intervention sont prises.

Les jours suivants, absolument aucun shock ni phénomènes de réaction ; la température rectale ne dépasse pas 38° ; le pouls reste entre 70 et 80, régulier et plein. Le malade très lucide répond parfaitement aux

questions, n'accuse aucune douleur abdominale et ne présente aucun signe d'abattement. A noter cependant de la constipation et un léger subictère, qui s'efface au bout de deux jours.

Rapidement tous ces phénomènes disparaissent ; le malade, qui a présenté quelques jours après son opération un peu de constipation et de parésie intestinale, va régulièrement du corps ; l'état général est excellent et environ 20e jours après l'intervention le malade demande à rentrer chez lui. Un seul point de suppuration superficielle persiste au niveau d'un des fils d'argent. Le malade a été revu quelque temps après par le docteur Fiolle dans son cabinet et la guérison est complète.

Observation II

(Observation inédite du Dr Fiolle)

Hernie appendiculaire inguinale chez un enfant de 14 mois. — Inflammation par action du bandage.

Un enfant de 14 mois, chez qui la présence d'une hernie congénitale a été constatée quelques jours après la naissance; durant les premiers mois, on n'a pas mis de bandage, mais le volume de la tumeur augmente progressivement et atteint, au bout de 7 ou 8 mois, le volume d'un œuf de poule. Il y a 4 ou 5 mois, justement inquiets de l'augmentation du volume de cette hernie, les parents se décident à appliquer un bandage. Le ressort en est

assez puissant. Depuis cette époque, l'enfant ne dort presque plus, ne tète que d'une façon tout à fait insuffisante, maigrit. Il ne cesse de pleurer. Souvent le bandage laisse glisser la hernie que l'on trouve en dehors, pincée sous la pelote contre l'arcade du pubis.

En avril, le docteur Fiolle est appelé à voir ce petit malade, la hernie est du volume d'un œuf de poule; lorsqu'on essaie de la réduire, on parvient parfaitement à repousser une masse volumineuse descendue dans le sac à l'intérieur de la cavité abdominale; mais, à mesure que cette réduction s'opère, le testicule droit est entraîné en haut et attiré vers l'orifice inguinal. On a bien la sensation d'avoir réduit la hernie, mais ce n'est pas la sensation habituelle, franche, de chute dans l'abdomen du contenu de la hernie. On a la sensation que le sac n'est point complètement vide; mais le diagnostic de hernie de l'appendice n'est pas posé de façon ferme.

D'ordinaire, les opérations chez les enfants ne sont guère pratiquées, sauf cas d'urgence, avant l'âge de 3 ans, moment où ils commencent à faire connaître leurs besoins et peuvent ainsi éviter de souiller le pansement de leurs excréments et de leurs urines. Mais ici, devant l'affaiblissement inquiétant de l'état général, devant les insomnies et les pleurs que lui occasionnaient les douleurs de la hernie, devant aussi l'incomplète réduction de la hernie une intervention paraissait nettement indiquée.

Opération le 19 avril. Du côté droit, une hernie du volume d'un œuf; du côté gauche, une hernie inguinale de tout petit volume.

Incision à droite selon le tracé habituel; on arrive sur le sac; après l'avoir incisé on se trouve en présence d'adhérences si nombreuses qu'on ne distingue d'abord

nettement aucun organe; enfin, on isole un cordon flexueux qui se prolonge en bas jusque sur le testicule : c'est l'appendice.

D'une longueur démesurée, il est tortueux, de nombreuses adhérences le soudent aux organes voisins. En bas, il est relié au testicule droit par d'épais tractus fibreux qui le rattachent fortement à cet organe.

Le volume de cet appendice est augmenté ; on trouve sur toute la longueur de la tuméfaction et de la rougeur. Par place, il présente des renflements plus volumineux.

Après avoir disséqué avec prudence toutes les adhérences, l'appendice libéré est réséqué au niveau du cæcum que l'on a attiré à travers le collet de la hernie. Après avoir agrandi l'incision profonde, enfouissement du moignon et réduction du cæcum.

La paroi est refermée par un procédé de suture à un seul plan au catgut, qui laisse le cordon en arrière de cette paroi. Pas de drainage.

Du côté gauche où existe une pointe de hernie, on procède à l'opération rapide ordinaire.

Après avoir fait le pansement aseptique des deux incisions, on recouvre d'une feuille de gutta afin d'éviter la souillure du pansement par les urines.

Pendant les premiers jours, la température s'élève jusqu'à 39° ; la plaie est légèrement enflammée et l'on voit une tuméfaction qui fait, pendant quelques jours, craindre une suppuration des plaies opératoires. Mais, au bout de 4 ou 5 jours, ces phénomènes de réaction s'effacent, la fièvre disparaît et la guérison survient sans autre incident en une quinzaine de jours.

L'enfant ne tarde pas à reprendre un aspect florissant, son état général s'améliore rapidement, il prend

avec régularité ses tétées ; les digestions se font bien et les selles sont faciles. Il a cessé de pleurer et l'on peut le considérer complètement guéri par cette intervention chirurgicale.

Observation III

(Morestin. — Rapport à la Société de chirurgie, séance du 19 mars 1902, par M. Legueu.)

Phlegmon gangréneux du scrotum par appendice herniaire. — Fistule stercorale persistante. — Intervention. — Guérison.

Il s'agit d'un homme de 62 ans, Alex. L..., fumiste, entré le 21 juin à l'hôpital Saint-Louis. Depuis plus de 10 ans, on avait constaté chez lui une hernie inguinale droite, réductible, pour laquelle il portait un bandage. Aucune remarque ne lui avait été faite et, selon toute vraisemblance, on crut toujours à une hernie banale. Lui-même avait toujours éprouvé un réel soulagement au port de son appareil. Un mois avant son entrée à l'hôpital, vers la fin mai, il se produit, sans cause apparente, un léger gonflement de la bourse droite. La région est douloureuse, mais modérément. L... met simplement de côté son bandage dont la pression est pénible et continue son travail. Les phénomènes inflammatoires semblent régresser au bout de quelques jours, mais une nouvelle poussée plus bruyante et plus grave se produit. L... continue cependant son travail et la veille de son entrée à l'hôpital s'occupe encore. A son

arrivée à Saint-Louis, l'état est des plus alarmants, la température est à 39°, le facies donne l'impression défavorable des grandes infections.

Le scrotum est gros comme une tête d'enfant d'un an, dans toute son étendue il est noirâtre, rouge sombre à sa partie supérieure. En divers points, la surface noirâtre est sillonnée de fissures dont les bords sont d'une teinte verdâtre ou gris sale d'où s'écoule un liquide sanieux d'odeur infecté ; la pression est fort douloureuse dans la partie encore rouge presque insensible au niveau de la plaque noire mortifiée. Une crépitation fine indiquant la présence de gaz est perçue dans toute l'étendue du scrotum. Nous nous trouvons en somme en présence d'un phlegmon gangréneux gazeux et diffus des bourses.

Il est moins aisé d'en établir le point de départ. Pas de difficulté à la miction, le malade n'avait jamais rien eu du côté des voies urinaires, le périnée est souple et indolent, la verge n'est pas tuméfiée, il ne s'agissait donc pas d'une infection d'origine urinaire.

Le commémoratif hernie faisait plutôt songer à un phlegmon consécutif à une gangrène herniaire ; cependant il n'y avait encore aucun signe d'étranglement, le malade expulsait par l'anus gaz et matières et n'avait pas vomi. Toutefois l'exploration de la région inguinale droite permettait de sentir une sorte d'empâtement profond. Je fus alors amené à une des trois hypothèses suivantes : pincement latéral de l'intestin, hernie d'un diverticule Meckel, hernie de l'appendice, un quelconque de ces organes était étranglé, perforé et avait déterminé l'infection du tissu cellulaire scrotal. Je m'arrêtai plus volontiers à l'idée d'une hernie de l'appendice. Séance tenante je fis d'énormes et multiples incisions sur le scrotum de façon à obtenir des tranches limitées par des

sections méridiennes. Par toutes ces brèches s'écoulèrent du pus infect, un liquide roussâtre et s'échappèrent des gaz que l'on voyait sourdre de partout sous les nappes liquides. Au milieu des tissus sphacélés je ne reconnus pas l'appendice que d'ailleurs je ne cherchai pas plus longuement. Le patient n'avait pas été anesthésié, il n'éprouva pour ainsi dire aucune souffrance et nous laissa faire.

A la suite de cette intervention la fièvre tombe, l'état général s'améliore graduellement et la plaie se déterge. On peut alors constater en haut et en dehors, au milieu de bourgeons charnus, un petit mamelon rouge plus vif, déprimé en son centre, couvert d'un mucus glaireux. On reconnaît sans hésitation dans cette éminence la muqueuse intestinale éversée. Un stylet s'y enfonce en haut et en dehors de dix centimètres, pénétrant dans le canal inguinal. On voit sourdre de temps en temps de cet orifice des matières fécales. La saillie muqueuse visible à l'extérieur nous parut devoir être considérée comme le moignon d'un appendice dont l'extrémité libre se serait sphacélée et éliminée.

Le 16 août une INTERVENTION est faite.

Le mamelon est détaché par une incision circulaire et reconnu pour être un moignon d'appendice. Un des premiers coups de bistouri ouvre le sac dans lequel l'appendice est contenu. Le sac descendait jusqu'au testicule. Le trajet inguinal incisé, on suit l'appendice jusqu'au cæcum. Il est long de douze centimètres sans préjudice du bout qui s'est éliminé et du retroussis resté adhérent aux ligaments. Il est gros comme le petit doigt, réuni sur toute sa longueur à la face postérieure du sac et à la fosse iliaque par un court méso. L'appendice est

réséqué et le moignon enfoui ; la section avait porté sur son insertion cæcale.

Les suites furent très simples, ni fièvre, ni douleurs abdominales, ni accident de suture. Pas le moindre accident ni du côté du cæcum ni du côté de la paroi ; le malade se lève vers le 20e jour et sort complètement guéri quelque temps après.

Observation IV

(Inédite. — Communiquée par le docteur Masini, de Marseille)

Appendicite herniaire du canal de Nück simulant une hernie étranglée.

Le 1er mars 1911, j'ai été appelé auprès d'une malade âgée de 24 ans chez laquelle le diagnostic d'étranglement herniaire avait été porté. Dans la région inguinale droite on constate une tuméfaction douloureuse. La malade présente quelques légers vomissements bilieux ; le ventre est légèrement ballonné, la constipation est absolue. On constate cependant une émission normale de gaz par l'anus. La température est depuis 4 jours aux environs de 40°.

Le diagnostic de hernie étranglée dans le canal de Nück ayant été porté, et devant l'ensemble de ces symptômes, l'intervention est décidée.

Au cours de l'opération, après incision du sac, on tombe sur un appendice turgescent, de coloration grisâtre par endroits ; en même temps que l'appendice on trouve dans ce sac herniaire un mince repli péritonéal. A l'ex-

ploration du collet herniaire, l'index pénètre facilement dans cet orifice. On ne se trouvait donc pas en présence d'un étranglement, mais bien d'une appendicite herniaire pure.

L'épiploon engagé dans le sac est réséqué, l'appendice attiré à son tour est lié au ras de son insertion sur le cæcum réséqué et le moignon est enfoui. L'orifice herniaire n'est point fermé, on se contente d'introduire un drain dans cet orifice ; en effet à l'ouverture du sac herniaire un flot de pus avait jailli, et c'est ce qui décide à pratiquer le drainage.

Les deux extrémités de l'incision superficielle sont suturées.

Dès le lendemain l'on constate un abaissement de la température qui est descendue à 38°, le surlendemain 37°5. L'état général s'améliore d'une façon parallèle. Au bout de 8 jours le drain est retiré, la suppuration de la plaie se trouvant à peu près tarie. La guérison s'opère sans autre incident et, 20 jours après l'intervention, le malade se lève.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Quelles sont les conditions étiologiques de l'appendicite herniaire ? Nous nous trouvons naturellement amené à étudier ici le processus de la hernie de l'appendice. Il nous faut envisager les causes tenant à cet organe en propre et celles découlant de la disposition anatomique du trajet dans lequel il va s'engager.

Retraçons rapidement la topographie du cæcum et de l'appendice, rappelons les moyens de fixité de ces organes et les diverses variétés qu'ils peuvent nous présenter quant à leurs rapports.

Le cæcum. - Située dans la fosse iliaque droite, l'ampoule cæcale se prolonge en haut avec le côlon ascendant, en bas elle se termine en un diverticule dont les dimensions varient. Sur la surface extérieure, trois bandelettes longitudinales occupent l'une la face antérieure,

l'autre la face postéro-interne et la troisième la face postéro-externe. Ces trois bandelettes viennent s'unir en un point situé non pas à l'extrémité inférieure du diverticule iléo-cæcal à son point le plus déclive, mais un peu en arrière à la partie inféro-interne de l'ampoule, au point d'abouchement de l'appendice. A deux centimètres au-dessus de ce point l'intestin grêle vient s'insérer sur le cæcum.

Une loge incomplète est formée autour de ces organes : en avant par la paroi abdominale antérieure ; sur le côté externe et en arrière par la partie supérieure de la fosse iliaque interne doublée du psoas iliaque et du fascia iliaca qui en forme aussi la partie inférieure ; en dedans et en haut aucune limite anatomique ne sépare la loge cæcale de la grande cavité abdominale.

L'ampoule cæcale est enveloppée sur tout son pourtour par le péritoine viscéral et, selon l'expression de Tuffier, « le doigt en fait le tour comme il fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde ».

Les moyens de fixité du cæcum sont : sa continuité en haut avec le côlon ascendant qui lui-même est fixé par son méso-côlon ; en arrière et en dedans, au point d'abouchement de l'iléon, un repli péritonéal qui va se continuer en haut avec le méso-côlon ascendant ; en bas et en dehors, un ligament péritonéal qui va se continuer sur la fosse iliaque avec le fascia péritonéal qui la double en ce point.

Positions. — Mais cette disposition anatomique nous présente des variétés, et sans envisager les formes exceptionnelles et ectopiques, voyons quels sont les types que l'on observe le plus souvent.

En position normale le cæcum arrive au contact de

l'arcade crurale, il répond à ce niveau à l'angle que forment la paroi intérieure et la fosse iliaque interne.

En position élevée lorsque son bord inférieur reste au-dessus d'une ligne transversale allant d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre, situation fœtale que l'on retrouve rarement chez l'adulte.

En effet, sous la double influence de la pesanteur et de l'accumulation dans ce cul-de-sac des matières fécales, les ligaments fixateurs perdent peu à peu leur tonicité, se laissent distendre ; ou transmettant ces tractions au péritoine pariétal amènent un glissement en bloc le long des parois abdominales. Le cæcum exécute un mouvement de descente qui peut l'amener jusqu'au niveau du petit bassin. On dit alors qu'il est en position basse.

L'appendice.—S'abouchant sur le cæcum, l'appendice vermiculaire en suivra naturellement les déplacements et son orifice sera en position haute, basse ou moyenne selon le position du cæcum. Mais, du fait de sa mobilité propre, il va prendre lui-même une foule de positions autour de ce point fixe qui lui sert de base. Nous ne nous astreindrons pas à énumérer les rapports que peut contracter l'appendice avec les organes voisins ; car si Clado lui assigne comme rapport précis les vaisseaux iliaques externes, on le rencontre tantôt vers l'ombilic, tantôt dans le petit bassin, contractant des rapports variés avec l'utérus, la trompe, l'ovaire, la vessie. Jonnesco, prenant comme point de repaire le cæcum, décrit :

Positions. — *Position précæcale* dans laquelle l'appendice recourbé en avant et en haut s'applique sur la paroi antérieure du cæcum.

Position rétrocæcale dans laquelle l'appendice re-

courbé en arrière et en haut va se glisser entre le cæcum et le muscle psoas, s'appliquant sur le fascia iliaca, remontant le long du côlon ascendant vers le rein et le foie auxquels il peut se souder par ses adhérences.

Position externe.—L'appendice contournant le fond du cæcum ou croisant transversalement sa face antérieure ou postérieure vient alors s'accoler sur le bord externe de cet organe.

Position interne dans laquelle l'appendice recourbé en haut et en dedans se porte vers l'ombilic et la grande cavité abdominale où il prend directement contact avec les anses grêles.

Position descendante dans laquelle l'appendice prend librement au-dessous du cæcum, entraîné par son seul poids vers le détroit supérieur et le petit bassin.

Moyens de fixité. — Un ligament triangulaire, repli péritonéal, fixe dans une certaine mesure l'appendice au cæcum. Par son bord externe il s'attache sur l'appendice dans toute la longueur de ce diverticule, dépassant même quelquefois son extrémité pour former une minuscule frange épiploïque ; son bord supérieur formant la base de ce triangle se fixe sur l'épiploon sous-iléal. Son bord interne bordé par l'artère appendiculaire forme le tranchant de cette petite faux et flotte librement dans la cavité abdominale.

Un second ligament de forme quadrandulaire a été décrit par Jonnesco qui par son bord inférieur s'attache à la base de l'appendice ; son bord droit se soude à la partie antéro-interne du cæcum et à la racine de l'appendice, son bord gauche étant libre.

Par son abouchement sur le cæcum et par ces ligaments l'appendice est fixé par la base, mais sa longueur, qui atteint normalement 6 centimètres et que l'on voit

parfois arriver jusqu'à 12 et 15 centimètres, permet au reste de l'organe des oscillations autour de ce point fixe, de là la possibilité de l'introduction de cet organe dans un trajet herniaire.

Trajets herniaires. — Etudions maintenant les différents points de la paroi abdominale sur lesquels pourra s'amorcer un trajet herniaire.

C'est d'abord le CANAL INGUINAL qui, ouvert chez l'enfant pour laisser descendre les testicules dans le canal péritonéo-vaginal, peut ne pas subir l'involution normale et constitue alors la hernie inguinale congénitale.

Même ayant subi l'involution, ce canal peut se laisser distendre chez l'adulte sous l'influence d'une faiblesse de la paroi ou céder brusquement sous la force d'une poussée violente. Telles sont les étiologies diverses de la hernie inguinale.

Si le cæcum est en position normale et l'appendice de longueur ordinaire, il y aura peu de chance pour que le sac herniaire donne abri à celui-ci, tout au plus pourra-t-on trouver dans la partie toute supérieure du sac l'extrémité de l'appendice, mais la distance est trop grande pour permettre la descente complète de cet organe.

Mais que par une disposition naturelle, ou sous l'influence du relâchement des ligaments fixateurs, ou comme l'a montré Malgaigne un glissement du péritoine se produise, le cæcum se porte en position basse, il va pour ainsi dire au devant de l'orifice herniaire et l'engagement de l'appendice dans ce diverticule péritonéal sera d'autant facilité.

Hernie inguinale et position base du cæcum, voilà donc la cause des hernies de l'appendice. Or, chez l'enfant, nous avons vu que le canal péritonéo-vaginal persiste

très souvent, aussi trouvons-nous une des conditions bien souvent remplie ; mais le cæcum est à cet âge encore dans la position élevée, maintenu au-dessus de l'épine iliaque droite, aussi ne doit-on trouver que rarement chez l'enfant cette hernie de l'appendice.

Chez l'homme adulte, le canal inguinal parcouru par les vaisseaux spermatiques et le canal déférent auxquels une atmosphère celluleuse, dépendance du péritoine, forme une gaîne facile à se laisser distendre, est une amorce anatomique aux hernies. Hernies d'effort ou hernies de faiblesse, nous n'aurons pas à nous en occuper ici, le résultat seul nous occupe. De cet orifice inguinal l'appendice serait encore trop éloigné pour rendre fréquentes les hernies si le cæcum gardait sa position élevée ; mais les matières fécales exercent un lent abaissement du cæcum qui peu à peu se rapproche de l'orifice herniaire.

A mesure que l'on avance en âge, ces conditions se trouvent plus souvent réunies ; la tonicité musculaire diminue, les hernies sont plus fréquentes : la paresse intestinale s'accentuant sous l'effet de cette même cause. les matières fécales s'accumulent plus facilement dans l'ampoule cæcale, exerçant de plus fortes tractions sur un organe dont les moyens de fixation, atteints eux aussi par l'affaiblissement du tonus général, perdent à leur tour leur résistance ; et ainsi se trouvent réunies au maximum chez le vieillard les causes qui rendent possible la hernie appendiculaire : abaissement du cæcum et coexistence d'un sac herniaire.

L'ANNEAU CRURAL est encore un point d'élection des hernies abdominales ; on sait que chez la femme cette variété est de beaucoup plus fréquente que chez l'homme. Ici le voisinage du cæcum est presque immédiat ; on sait en

effet que le fond du cæcum en position normale répond à l'angle formé par le fascia iliaca et le péritoine pariétal de la paroi abdominale antérieure. Donc disposition de voisinage favorable ; mais, d'autre part, le petit volume de ces hernies, l'étroitesse de leur collet sont autant de facteurs défavorables ; aussi ne doit-on point s'attendre à trouver aussi nombreuses les hernies appendiculaires à siège crural ; mais la majorité de ces cas se trouveront observés chez la femme.

L'ORIFICE OMBILICALsemble à première vue peu propice à la production d'une hernie appendiculaire, cependant la nomenclature chirurgicale nous en donne plusieurs exemples : ce sont les observations du docteur Godler dans le *Medical Times*, 1887, t. I ; celle du docteur Willis Macdonald dans *The Annales of Wouren New-York*, 1890, et celle publiée dans *The Lancet*, 1881, t. I.

Cependant la disposition de la loge cæcale, largement ouverte sur son côté interne vers la cavité abdominale, permet à l'appendice de se porter librement vers la région ombilicale ; mais l'éloignement de l'orifice ne rendra possible une telle hernie qu'à la condition de trouver le cæcum en position très élevée, disposition rare chez l'adulte, ou un appendice de longueur anormale, disposition que l'on trouve bien souvent réalisée. Málgré tout, cette variété de lésion reste une rareté.

Nous rapprocherons de cette variété les *hernies de la* LIGNE BLANCHE dont le siège, le plus souvent sus-ombilical, rend encore plus difficile l'introduction de l'appendice dans un sac de volume toujours très réduit.

Pour être complet, nous avons voulu chercher s'il existait quelque cas de *hernie appendiculaire siégeant au milieu du* TRIANGLE DE JEAN-LOUIS PETIT, point faible de la paroi postérieure de la cavité abdominale ; mais

le nombre restreint des hernies de cette région, leur petit volume, la position de l'orifice de leur sac en un point éloigné de l'appendice, sont tout autant de causes qui nous avaient dès l'abord fait considérer cette lésion comme devant être rare.

A la rigueur pouvait-on envisager la possibilité de cette hernie, le cæcum étant en position élevée, l'appendice relevé en position rétro-cæcale se dirigeant vers le rein. Mais malgré nos recherches nous n'avons trouvé signalés nulle part de cas de hernie appendiculaire dans une hernie de cette région, et nous sommes convaincu qu'une telle lésion demande pour se produire la coexistence de tant de conditions spéciales qu'elle serait une double curiosité anatomique et pathologique.

Il est encore une condition à l'engagement de l'appendice dans ces divers trajets herniaires, c'est la mobilité de cet organe conservée ; il faut qu'aucune adhérence ne vienne l'immobiliser. Or ce processus adhésif est le plus souvent consécutif à une inflammation ; nous retiendrons donc l'absence de processus inflammatoire périappendiculaire comme une condition de la hernie appendiculaire.

Il est cependant un cas où nous signalerons la présence de ces adhérences comme étant au contraire un facteur important de la hernie de l'appendice, c'est lorsque l'appendice, ayant pris contact avec le péritoine pariétal de la paroi abdominale antérieure, se trouve entraîné avec ce feuillet dans un trajet herniaire qui se forme près de ce point ; il glisse alors dans la hernie, entraîné par la seule action de ces adhérences. Mais nous allons retrouver cette sorte de hernie au cours de notre classification.

Classification des hernies de l'appendice

Dans l'Obs. III de M. Morestin nous nous trouvons en face d'un appendice relié au sac ; ce ne sont pas des adhérences, mais un véritable méso. La hernie était, nous dit-il, congénitale ; dans sa descente, le testicule avait entraîné avec lui l'appendice et son méso. Cette disposition est fort rare, conclut l'auteur qui ne l'a jamais observée, ni jamais vue mentionnée ; elle mérite d'être mentionnée, car elle est la preuve que dans ce cas la hernie de l'appendice est congénitale. Mais un point sur lequel nous sommes d'un avis différent, c'est lorsque cet auteur fait de toutes les hernies isolées de l'appendice des hernies congénitales qui se sont faites dans un sac non oblitéré.

Nous pensons qu'il convient de distinguer parmi les hernies de l'appendice :

Les hernies congénitales (Obs. II et III).

Les hernies acquises. — Hernies de force ou de faiblesse dans lesquelles le sac se forme d'abord, et ce n'est que secondairement que l'appendice s'engage dans dans ce diverticule. Parmi ces hernies acquises on peut constater des hernies dans lesquelles l'appendice adhérent au péritoine a suivi celui-ci à mesure qu'il glissait dans le canal inguinal, mais dans ce cas ce n'est point l'appendice qui était l'agent propulseur du péritoine, mais un des facteurs ordinaires de ces hernies inguinales : épiploon ou intestin. Nous avons dans ce cas non plus une hernie contenant seulement l'appendice, mais

une hernie ordinaire compliquée de la présence de cet organe. Nous désignerons ces hernies sous le nom *de hernie de l'appendice par traction péritonéale*. Enfin nous pouvons rencontrer des hernies qui, réductibles normalement, sont tour à tour occupées par les organes qui se trouvent au voisinage de son orifice interne, c'est tantôt l'épiploon seul, tantôt l'épiploon accompagné d'une anse intestinale, tantôt d'une anse voisine, qui au hasard de leur position momentanée viennent tour à tour s'engager dans le sac. Rien d'étonnant alors qu'un appendice long et mobile vienne un jour s'engager à son tour dans le sac, et du fait de son petit volume, plus que pour tout autre segment de l'intestin, sa présence a des chances d'y demeurer longtemps méconnue. Ce ne sera qu'à l'occasion d'une crise aiguë d'appendicite provoquée par les facteurs ordinaires des appendicites abdominales ou découlant au contraire des conditions défavorables où il se trouve dans cette nouvelle position, que sa présence sera révélée. C'est là, à notre avis, le cas le plus fréquent des hernies de l'appendice chez l'adulte et des appendicites dont nous voyons augmenter la fréquence à mesure que l'on avance en âge et qu'augmentent les hernies, ainsi que nous le constaterons plus loin par les statistiques. Nous désignerons cette catégorie sous le nom de *hernies de l'appendice dans un sac préformé*. C'est le cas de notre Obs. I, où l'on voit une hernie très longtemps tolérée ne devenir douloureuse que du jour où apparaissent les premiers symptômes d'appendicite, c'est-à-dire du jour où l'appendice s'étant engagé dans le trajet herniaire s'y enflamme. Et ce qui nous confirme dans cette idée, c'est que cet homme a vu se produire peu à peu sa hernie. Il ne saurait donc être question dans ce cas de hernie congénitale, et d'autre

part, à l'opération l'appendice glisse de lui-même dans la cavité péritonéale, ce n'est donc point une hernie par traction péritonéale. Il faut donc supposer que c'est d'abord la hernie qui s'est formée et que dans ce sac l'appendice est venu glisser secondairement.

Si nous nous rapportons aux diverses statistiques publiées sur de nombreuses observations, nous verrons que le rôle étiologique que nous attribuons aux dispositions anatomiques n'est point démenti par les statistiques ; au contraire, l'on voit se confirmer de façon très nette la fréquence des appendicites herniaires à mesure que l'âge augmente.

Nous n'avons point, pour baser de pareilles conclusions, un nombre suffisant d'observations, et l'on pourrait reprocher à une statistique personnelle d'avoir été établie sur les cas favorables à la confirmation de notre idée ; aussi nous reporterons-nous à la statistique de Rivet, qui porte sur 56 cas ainsi répartis :

1 nouveau-né
1 enfant de 2 jours
1 enfant de 10 semaines
3 au-dessous d'un an
7 de 2 à 3 ans
6 de 19 à 30 ans
5 de 30 à 40 ans
10 de 40 à 50 ans
13 de 50 à 60 ans
9 au-dessus de 60 ans

Si nous consultons aussi la statistique de Jacquemin, plus étendue encore puisqu'elle porte sur 77 cas, nous avons les chiffres suivants :

2 cas au-dessous de 1 an
6 cas de 1 à 3 ans
3 cas de 10 à 20 ans
5 cas de 20 à 30 ans
6 cas de 30 à 40 ans
12 cas de 40 à 50 ans
16 cas de 50 à 60 ans
19 cas de 60 à 70 ans
8 cas au-dessus de 70 ans

Nous trouvons donc là une confirmation évidente de l'influence étiologique de l'affaiblissement des parois et de la ptose viscérale sur les appendicites herniaires.

Si maintenant l'on envisage l'influence du sexe, nous trouvons dans la statistique de Jacquemin les chiffres suivants :

Chez l'homme : 41 inguinales, 4 crurales = 45
Chez la femme : 3 inguinales, 29 crurales = 32

Donc prédominance chez l'homme des appendicites herniaires en général. Quant à la variété inguinale ou crurale, nous retrouvons ici de façon probante l'influence des dispositions anatomiques particulières à l'homme et à la femme : chez l'homme, en effet, la hernie inguinale domine dans la proportion de 10 pour 1 crurale ; chez la femme, proportion absolument inverse, 1 inguinale pour 10 crurales. Si l'on se souvient de la structure anatomique du canal inguinal de l'homme, pour la comparer à celle du canal de Nück, qui livre passage seulement au cordon fibreux qui fait suite au ligament rond dont le trajet étroit et resserré n'offre guère de place au passage d'un sac herniaire, on ne pourra nier l'influence de l'anatomie sur l'étiologie des hernies de l'appendice. Aussi

sommes-nous heureux dans cette thèse de publier l'observation d'un cas semblable du docteur Masini. Après avoir expliqué, par les dispositions anatomiques, l'étiologie de la hernie de l'appendice, il nous faut rechercher les causes d'inflammation qui vont agir sur cet organe pour déterminer l'appendicite herniaire.

Causes de l'appendicite herniaire

La disposition toute superficielle de l'appendice engagé dans le sac herniaire va mettre dans des conditions très défavorables cet organe si délicat. Les *traumatismes* l'atteindront presque directement à travers les minces parois qui l'enveloppent. Le *taxis* auquel se livrera le malade pour faire rentrer sa hernie sera un des traumatismes les plus répétés, d'autant plus fréquent que la hernie sera plus douloureuse. Mais le bandage est l'agent le plus actif de cette inflammation. Comprimé de façon permanente par la pelote du bandage contre le bord osseux du pubis, l'appendice ne tarde pas à devenir le siège d'une inflammation. Des adhérences se forment, le malade souffre, c'est alors le taxis répété plus souvent pour faire rentrer la hernie de plus en plus douloureuse. A cause de son petit volume, l'appendice déjà fixé par des adhérences échappe à cette réduction sans que le malade se rende compte de sa présence dans le sac qu'il croit avoir vidé de son contenu. Souvent même, dans une hernie inguinale, la forme arrondie de l'organe trompera des doigts peu exercés qui le palpent. N'a-t-on pas vu des

appendices herniés pris pour le canal déférent? Le siège de ce cordon qui se prolonge dans le canal inguinal, son adhérence au testicule dans les hernies congénitales, sont autant de facteurs qui s'unissent pour égarer le diagnostic et rendre possible la méconnaissance de la nature véritable de ce cordon, ainsi qu'en témoigne l'observation de P. Delbet.

La marche, imprimant au bandage de petits mouvements, transforme l'action constrictive de cet appareil en un véritable mâchonnement de l'appendice contre le pubis.

La gêne circulatoire, provoquée par la pression du bandage ou par la compression que peut exercer un organe engagé en même temps dans le sac, est encore des causes qui favorisent l'infection.

A ces conditions défavorables, le froid viendra ajouter un élément nouveau de congestion sur un organe naturellement impressionné d'une façon fâcheuse par ce facteur.

Les conditions étiologiques de l'appendicite à évolution abdominale ont ici encore toute leur valeur : la constipation, facteur étiologique de la hernie de l'appendice, ainsi que nous l'avons vu plus haut, prend encore un rôle actif dans la production de l'inflammation. *Les calculs stercoraux* sont encore une cause possible. Nous n'évoquerons qu'en passant *la cavité close* dont Dieulafoy a établi le rôle important dans la production de l'appendicite. Un point intéressant que ce même auteur a mis en lumière et qui joue un rôle dans la production des calculs appendiculaires c'est la *diathèse arthritique*. « La *lithiase appendiculaire*, dit-il, s'élabore dans le canal de l'appendice, comme la lithiase biliaire dans la vési-

cule, comme la lithiase urinaire dans le rein, et il me paraît évident que cette lithiase doit, elle aussi, prendre place dans les vices de nutrition étudiés par Bouchard. »

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de l'appendicite herniaire sont, au point de vue microscopique, identiques aux lésions ordinaires de l'appendicite abdominale, et il n'est point du cadre de ce travail d'en faire une étude complète. Nous signalerons seulement les lésions de la muqueuse et du tissu lymphoïde sous-muqueux, très riche en cette région, qui jouent dans l'appendice le rôle le plus important. Au début c'est par une folliculite que débute l'appendicite. Une résolution est encore possible, on a alors une simple poussée souvent méconnue.

Si au contraire l'évolution se poursuit, ce sont les abcès suppurés d'abord sous-muqueux, puis sous-séreux, qui amorcent la perforation. Mais, ainsi que l'a établi Poncet, la perforation n'est pas indispensable à la production de la péritonite. A travers la muqueuse enflammée la migration microbienne est possible. La cavité close que forme autour de l'appendice le sac

herniaire permettra la collection du pus et l'exaltation de virulence des microbes.

Ainsi constituée, l'appendicite prendra, de par sa sa situation dans le sac, une évolution propre. C'est le tableau classique de la hernie étranglée avec signes de péritonite intrasacculaire. La séreuse s'enflamme, laisse exsuder un liquide abondant qui ne tarde pas à devenir purulent, puis, la perforation produite, c'est un foyer de pus mêlé à des matières fécaloïdes venues de l'intestin mêlées de gaz et dégageant une odeur nauséabonde.

A un processus inflammatoire moins rapide dans son évolution et à une réaction moins violente, correspondent aussi des lésions pathologiques différentes. C'est le cas de notre observation II relative à un enfant de 14 mois. Chez lui, on a constaté la présence de lésions fibro-adhésives, avec exsudation peu abondante dans le sac. Cette forme se rapproche des lésions de périappendicite chronique.

Ces adhérences sont souvent étendues non seulement aux parois du sac, mais encore aux organes voisins, ainsi que nous le voyons dans cette même observation où l'on trouve le testicule rattaché à l'appendice par des adhérences qui l'entraînaient vers l'anneau inguinal chaque fois que l'on essayait de réduire la hernie de cet enfant.

Par suite de l'extension du processus inflammatoire, hors du sac ou dans le cas de hernie extrasacculaire, les lésions peuvent prendre une autre allure ; l'évolution clinique et pathologique est celle d'un phlegmon diffus, ainsi qu'on le voit dans l'observation III de Morestin.

L'inflammation gagne le scrotum tout entier, la peau se sphacèle par larges plaques, des trajets fistuleux se

forment, sièges de suppurations intarissables. Perdu au milieu de ce foyer de sphacèle, on trouve un appendice à peine reconnaissable; le plus souvent gangrené et perforé, parfois représenté seulement par un tractus sanieux et grisâtre dont la nature peut être méconnue au milieu des masses putrides du phlegmon. Seule la présence de matières stercorales fusant en ce point pourra être un utile indice de la nature véritable de cette masse informe.

Un fait pathologique qu'il est important de noter, c'est l'évolution en général extraabdominale de ces lésions. Aussi le pronostic des appendicites herniaires trouve-t-il dans ces conditions favorables à une limitation de l'infection un élément de moindre gravité. Nous ne serons point de l'avis de ceux qui attachent à ces accidents un pronostic le plus souvent fatal; mais ce n'est point encore le lieu d'une discussion que nous réservons pour un de nos prochains chapitres.

CHAPITRE V

TABLEAU CLINIQUE

Diagnostic différentiel

Dans notre chapitre ayant trait à l'anatomie pathologique, nous avons déjà laissé entrevoir diverses variétés cliniques dans l'évolution de l'appendicite herniaire.

C'est d'abord la FORME PHLEGMONEUSE, stéréotypée dans l'observation III de Morestin, où le processus inflammatoire, après avoir détruit le sac, s'étend à tout le scrotum.

A côté de cette forme grave nous pouvons placer LA FORME SIMULANT L'ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE, celle que l'on trouve le plus fréquemment et que nous reproduisons dans les observations inédites des docteurs Fiolle et Masini.

Enfin LA FORME BÉNIGNE qui ne se manifeste guère

que par des phénonmènes douloureux, forme à allure torpide et à réaction fibro-adhésive plutôt qu'inflammatoire ; c'est la forme relatée par nous chez un enfant de 14 mois (Obs. II).

Symptomatologie

Dans la forme bénigne (Obs. II) nous n'avons que des *phénomènes douloureux :* on se trouve en présence d'une *hernie qui supporte mal la pression du bandage*, la douleur produite par cet instrument est une cause permanente de cris et de pleurs pour l'enfant.

L'état général peut consécutivement s'altérer, mais ce n'est point ici le tableau d'une inflammation aiguë, les troubles digestifs consécutifs à la hernie sont cause de cette altération de l'état général plutôt que l'infection produite par l'appendicite.

La fièvre fait défaut durant toute l'évolution de la maladie, et, si l'on voit la température s'élever chez cet enfant au lendemain de l'intervention, c'est un phénomène de réaction qui ne saurait étonner chez un enfant si jeune.

Nous sommes persuadé que nombre de hernies qui, par intervalles irréguliers, s'accompagnent de douleurs et de quelques phénomènes généraux, ont pour cause l'introduction dans leur sac de l'appendice qui devient le siège d'une poussée inflammatoire légère qui cède sitôt que l'appendice regagne la cavité abdominale.

La forme grave à tableau clinique simulant l'étran-

glement herniaire est pour retenir plus longtemps notre attention (Obs. I).

On se trouve en présence d'un malade qui au symptôme *douleur* associe des phénomènes plus alarmants. Ce sont les *vomissements ;* mais un fait à noter, c'est que nous nous trouvons en présence non pas de vomissements fécaloïdes, mais plutôt de *régurgitation des liquides ingérés ;* aucune trace de vomissement porracé.

La température ne paraît pas atteindre un degré élevé ; le facies est bon, le pouls et la respiration sont calmes, aucun symptôme péritonéal. En somme on n'a pas l'impression de se trouver en présence d'une infection péritonéale.

Le malade nous dit avoir évacué quelques matières une première fois, mais il n'a pu tolérer les lavements qu'il avait pris dans l'espoir de calmer ses douleurs.

Nous n'avons qu'une ébauche du tableau de l'étranglement herniaire : c'est la *hernie douloureuse, irréductible*, quelques vomissements. Il y a indication opératoire, mais on pense se trouver en présence d'un étranglement non encore sphacélé.

Dans l'observation IV, les symptômes sont plus alarmants, le tableau se rapproche davantage du tableau de l'étranglement grave. Depuis 4 jours la température est élevée, la constipation est absolue ; l'aine droite est le siège d'une tumeur douloureuse, le ventre est légèrement ballonné, la malade présente des vomissements, mais point abondants.

Dans la forme phlegmoneuse (Obs. III de Morestin), l'état est des plus alarmants, *le facies* donne l'impression défavorable *des grandes infections. Le scrotum est*

sphacélé ; à la partie supérieure du côté droit un point fort douloureux. *Infiltration* énorme de pus et de gaz étendue au scrotum. Cependant on ne retrouve point les symptômes de l'étranglement.

Diagnostic différentiel

De ces tableaux cliniques quel enseignement retirerons-nous pour établir notre diagnostic?

Quel que soit le siège de l'appendicite herniaire, le seul diagnostic différentiel à faire est d'avec une hernie étranglée.

Un fait sur lequel nous avons déjà attiré l'attention est l'*absence complète de vomissements fécaloïdes.* A peine trouve-t-on quelques régurgitations liquides, mais nous tenons à bien mettre en lumière ce point dont l'importance nous paraît extrême. Même dans la forme la plus grave qui fait l'objet de l'observation de Morestin on ne trouve pas ce symptôme constant au contraire dans l'étranglement herniaire.

Un second signe sur lequel nous attirons l'attention, c'est que dans tous ces cas les malades vont à la selle. Dans notre observation IV seule on n'a point ce signe, car la constipation est très prononcée, mais on trouve par contre un signe qui suppléait à son absence : c'est le passage du gaz par l'anus. Donc dans tous ces cas nous trouvons quelques symptômes qui peuvent faire penser à un étranglement, mais le symptôme capital manque au

tableau clinique, le malade *va à la selle ou rejette des gaz par l'anus.*

Ce sont là les deux points qui permettent le diagnostic différentiel entre ces deux lésions. Nous rappellerons en faveur de l'appendicite herniaire *la moindre gravité de l'état général*, sauf cependant dans la forme phlegmoneuse où l'infection s'est généralisée au delà du sac herniaire.

On cherchera à *palper à travers les parois de la hernie l'appendice*, car c'est là un signe d'une valeur capitale ; mais il faut encore se mettre en garde contre une double erreur qui consiste à prendre le cordon déférent pour l'appendice, confusion facile à éviter ; ou au contraire prendre l'appendice pour le cordon, erreur que l'on peut commettre lorsque le testicule est relié à l'appendice par des adhérences dont P. Delbet signale un cas dans sa communication à la Société de chirurgie du 15 mai 1910. Malheureusement si ce signe est d'une grande valeur diagnostique, sa rareté ne permet pas de faire fond sur lui.

Le volume de la tumeur peut être un renseignement d'une certaine valeur, mais il faudra se souvenir qu'une hernie de l'intestin peut avoir un volume très réduit et causer des phénomènes cependant graves, ainsi qu'on le voit très souvent dans les hernies crurales, et d'autre part la suppuration de l'appendicite pourra faire prendre au sac un volume qui ne correspondra plus au volume de l'organe hernié.

Un point important est l'étude des antécédents du malade : nous retrouvons chez presque tous de petits accidents longtemps négligés : ce sont des coliques attribuées à un refroidissement ; des périodes pendant lesquelles la hernie devient douloureuse. Mais

le clinicien avisé saura dépister derrière ces symptômes si légers en apparence la cause première : ce sont là des poussées d'appendicite méconnues. Ce signe a pour nous une valeur capitale, car il pourra faire songer à la vraie nature de la lésion.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Pronostic

Le pronostic ne sera point égal dans tous les cas ; si dans la forme phlegmoneuse l'extension de l'infection rend le pronostic très sombre, il est des formes à évolution moins redoutable.

Toujours le pronostic est grave.

Les lésions en apparence les mieux tolérées peuvent, à l'occasion d'une poussée inflammatoire provoquée par la moindre cause et parfois sans cause apparente, devenir le point de départ de complications redoutables.

Du fait de l'isolement de l'appendice dans le sac herniaire, l'inflammation périappendiculaire se trouve dans des conditions naturelles de limitation, et de ce fait la perforation, qui dans l'appendicite abdominale est d'un

pronostic presque toujours fatal, perd ici beaucoup de sa gravité.

L'appendicite herniaire est d'un pronostic plus favorable que l'appendicite abdominale.

De fait, les diverses formes relatives dans nos observations nous permettent d'espérer la guérison des formes mêmes les plus graves ; mais à côté de ces cas heureux que l'on cite, combien de décès sont passés sous silence.

C'est sur l'intensité des phénomènes locaux, sur l'inflammation, sur l'altération plus ou moins profonde de l'état général que reposera le pronostic.

Traitement

Il est un traitement préventif de l'appendicite herniaire en cas de hernie de l'appendice : c'est l'interdiction du bandage, sitôt que l'on a posé le diagnostic d'une telle tumeur. *Interdiction absolue de bandage*, nous ne craignons pas de le dire en nous souvenant des méfaits de cet appareil, qui par la seule action est capable de produire sur un appendice encore sain des lésions d'appendicite.

Du reste, son action de contention bien illusoire contre un organe de petit volume, de forme toute appropriée pour faciliter les glissements sous la pelote, est un motif de plus pour faire rejeter cet instrument *inutile et dangereux* en pareil cas.

Les accidents aigus sont déclarés, quelle va être la conduite à suivre ?

Il est une manœuvre dont *il faut systématiquement se garder : c'est le taxis*. Quel que soit le résultat d'un

pareil essai de réduction, l'issue en est également redoutable. S'il échoue, c'est d'abord une souffrance inutile imposée au malade, c'est un traumatisme nouveau exercé sur l'appendice au moment même où il faut le plus s'en garder, c'est souvent la perfection. Mais un tel échec est un bonheur malgré toutes ces conséquences fâcheuses si l'on songe aux suites d'un refoulement de la hernie. Nous avons vu que bien souvent l'on a une inflammation locale grave sans phénomènes généraux alarmants; un taxis sur une hernie étranglée, certains l'admettent à la rigueur si l'étranglement ne paraît pas trop étroit, si l'on suppose que l'intestin n'est point sphacélé.

Mais ici, sous les plus rassurants dehors, une telle manœuvre sera la projection en pleine cavité péritonéale d'un organe lésé et d'un flot de pus jusque-là isolé. C'est la substitution, à des conditions heureuses naturelles, de conditions presque fatalement mortelles. Le taxis arrivant à son but provoquerait ici des accidents pires que ceux qu'il voudrait conjurer.

*La seule ligne de conduite est l'*INTERVENTION SANGLANTE. Sa simplicité, le double résultat obtenu en supprimant à la fois l'appendice et la hernie, son peu de gravité, sont autant de motifs qui doivent l'imposer.

Comme dans une hernie ordinaire, le sac est recherché, ouvert, puis disséqué; l'appendice pincé est à son tour libéré de toutes les adhérences; s'il est nécessaire, une hernio-laparotomie permet d'arriver sur le cæcum au ras duquel l'appendice est réséqué. Cette appendicectomie sera suivie de l'enfouissement du moignon et d'une cure radicale de la hernie. Le plus souvent la suppuration sera une indication du drainage.

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de ce travail, voici quelles sont les conclusions qui nous paraissent en découler.

I. — La hernie de l'appendice peut être congénitale ou acquise. Parmi les hernies appendiculaires acquises il faut distinguer :

a) Hernies par traction péritonéale sur l'appendice adhérent ;

b) Appendice mobile hernié dans un sac préformé.

II. — Nous retiendrons l'influence étiologique de la position basse du cæcum, position le plus souvent consécutive à la constipation, qui rapproche l'appendice des orifices herniaires où il pourra s'engager.

La longueur de l'appendice et sa mobilité sont aussi des conditions prédisposantes.

III. — Double étiologie de l'appendicite : d'abord l'étiologie ordinaire de l'appendicite en général ; puis, s'ajoutant à ces causes, un ensemble de facteurs nouveaux

d'inflammation, créé par la position anormale de l'appendice.

IV. — L'appendicite herniaire, souvent méconnue dans ses formes légères, simule dans les formes graves l'étranglement herniaire. On l'en distinguera par la persistance de l'issue par l'anus des matières et des gaz; par le peu d'abondance des vomissements et leur caractère purement bilieux et jamais fécaloïde.

Dans les cas favorables mais très rares, l'appendice pourra être perçu à travers les parois de la hernie.

V. — Le pronostic sera toujours sérieux, mais la disposition de l'appendice hernié éclaire le pronostic, car la limitation de la suppuration hors de la cavité abdominale est facile.

VI. — La conduite à tenir dans le cas d'appendice hernié, c'est de rejeter d'une façon formelle le bandage et de conseiller l'opération.

En cas d'appendicite, se garder systématiquement du taxis, qui provoque des accidents pires que ceux que l'on veut enrayer.

Le traitement sera l'intervention sanglante qui comprendra l'appendicectomie suivie d'une cure radicale de hernie.

BIBLIOGRAPHIE

Arcoleo (E.). — Studio e contributo clinico sull' appendicite erniaria (Morgagni, Milano, 1908, 666-684).

Antipas. — Deux cas de hernie de l'appendice iléo-cæcal (Gazette méd. d'Orient, Constantinople, 1907-1908, 217-219).

Alglave. — Hernie inguinale congénitale droite de l'appendice de la variété dite testiculaire chez un enfant mâle âgé de 3 semaines (Bull. et mém. Soc. anat., Paris, 1909, 557).

Aschoff. — Die Wurmfortsatzentzündung. Eine pathologische, histologische und pathogenische Studie (Iéna, 1908).

Broca. — Appendicite aiguë ou hernie étranglée (Presse méd., 1909, XVII, 474).

Baron. — Hernia containing the vermiforappendice (Orvosi, Budapest, 1905, XIX, 247).

Bergasse (G.). — Hernie de l'appendice cæcal [type inguinal] (Bull. Soc. méd. de chir. de la Drôme, Valence, 1907, VIII, 134-136).

Basile (G.). — Un appendicite simulante un ernia strozzata (Policlin., Roma, 1904, XI, 689-691).

Barnett (W.) et Mactie (J.-W.-S.). — A case of appendicitis excited by a clove, the appendice being the sole visens in a hernial sac (Lancet, London, 1907, II, 512).

Burpitt (H.-R.). — A case of strangulated Richter's hernia and non strangulated appendise in the sac of a femora hernia (Lancet, London, 1906, I, 828).

Bleynie et Descazals. — Gangrène de l'appendice hernié (Limousin méd., juillet 1904).

Bajardi. — Hernie de l'appendice cæcal (Sperimentale sez. clin. Firenze, XLIX, 323-346).

Basham. — Hernia of the appendise complicated with appendicitis (Annals of Surgery, t. XLVIII, n° 188, août 1908).

Barnsby. — Apppendice iléo-cæcal et fond de la cupule cæcale étranglés et sphacélés dans une hernie crurale (Bull. et mém. Soc. chir., Paris, 1906, XXXII).

Bender. — Hernie crurale appendiculaire ; appendicite herniaire (Bull. et mém. Soc. anat. Paris, 1900, p. 755).

Bidwell. — Irreductible femoral hernia in which the vermiform appendise alone occupied the sac (British medical Journal, London, 1897, 1284).

— Two cases of irreductible femoral hernia in which the vermiform appendise alone occupied the sac (Tr. Clin. Soc. London, 1896-97, XXX).

Barsickow. — Ueber appendicitis im Bruchsack (Beitrag. z. klin. Chir. Tubing., 1910).

Brieger.— Die Hernien des Processus vermiformis (Arch. für klin. Chir., 1893).

Bailey.— The appendise in inguinal hernia (Lancet, clin., 1910).

Bonzani (G.). — Appendicite erniarie (Boll. Soc. med. chir., Pavia, 1910, XXIV).

Brinkmann. — Ein Beitrag zu den Erkrankungen des Vurmfortsatzes im Bruchsack (Th. Leipsig, 1909).

Bérard et Vincent. — Appendicite herniaire latente (Revue de chirurg., 1909, p. 847).

Briançon. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice et de l'appendicite herniaire (Th. de Paris, 1896-97).

Baillet (d'Orléans). — Inflammation d'un appendice hernié chez un enfant de 13 mois (Soc. de chir., 1902-1904).

Bilhaut. — Hernie inguinale et crurale droites réunies en une seule tumeur. Appendicite herniaire (Ann. chir. et orthop., Paris, 1905, XVIII).

Brunslow. — Ueber appendicitis perforative in Bruchsacken (Greifswald, 1898, 8).

Calvini. — Sopra un caso di appendicite erniaria (Clin. chirur., Milano, 1902, X).

Colle et Taconnet. — Appendice enflammé dans un sac herniaire (Echo médical du Nord. Lille 1904).

Chastenet de Géry. — Appendice iléo-cæcal provenant d'une hernie inguinale congénitale (Gaz. méd. de Nantes, 1906).

Camelot. — Hernie crurale étranglée de l'appendice (Journ. des Sc. méd. de Lille, 1908.

Carlson. — Fynd of processus termiformis i brucktacken (Hygiea. Stockolm, 1897).

Charnois. — Hernies du cæcum compliquées d'appendicite (Thèse de Lyon, 1894).

Cunning. — Inguinal hernia, with presence in the sac of an appendise which had been subject to an attack of appendicitis (Med. Presse and Circ. London, 1908).

Clogg. — Strangulation of the appendice vermiformis in hernial sac (Lancet, London, 1906, II).

— Appendicitis in a hernial sac (Soc. study dis. child. London, 1905).

Christel. — Zur Diagnostic des appendicitis in Bruchsack (Strassburg. med. Ztg. 1908, V).

Dahl. — A case of appendicitis with inguinal (Hygiea. Stockholm, 1909).

Dieulafoy. — Traité de pathologie interne,

Dambrin et Berny. — Hernie appendiculaire (Toulouse médical, 1905, VII).

Del Diestro. — Un caso de appendicitis herniaria. (Rev. Ibero. Ann. de clin. med. Madrid, 1901, XXI).

Denis. — De l'appendicite herniaire (Thèse de Paris, 1904).

Delétrez. — Appendicite herniaire. (Journ. de chir. et Ann. Soc. belge de chir. Bruxelles, 1908).

Deaver. — Appendicitis, complications and sequels.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Dona. — Appendices vermiculaires trouvés dans des sacs herniaires (Bull. et mém. Soc. chirurgie. Bucarest, 1900, III).

Demoulin. — Observation de hernie crurale appendiculaire enkystée (Bull. Soc. chir. Paris 1900).

Delbet (P.). — Appendice adhérent dans une hernie inguinale et simulant le canal déférent (Paris chirurg., 1910).

Denis. — Deux cas d'appendicite herniaire (Rev. méd. de Normandie, Rouen, 1903).

Edington. — Vermiform appendise herniated into a femoral sac (Glasgow m. J., 1903).

Evans. — The vermiform appendise adherent in a hernial sac and simulating and encysted hydrocel of the cow (Lancet, London, 1904).

Eyfrig. — Beitrag zur Diagnose des Wurmfortsatzes als Bruch in halt (Thèse Leipzig, 1906).

Faïa. — Ernia dell' appendice vermiform del cæco (XIII[e] Congrès Société chir. Turin, 1898).

Fleischl. — Perityphlitis im Bruchsack (Centralblatt für Chir., 1896, n° 31).

Fouquet. — Appendice vermiculaire simulant une hernie étranglée (Soc. d'an. et phys. de Bordeaux, 30 mai 1910).

Fortun. — Appendicitis herniario en un nino de quince inesco (Rev. de med. y cirug. de la Habana, 1909, XIV).

Griffith. — A case of left. sided ieguinal hernia containing the appendise vermiform (Lancet, London, 1909, I).

Goschel. — Ein Fall von Perityphitis in Bruchsack (München. med. Wochensch. 1900, XLVII).

Goebel. — Casuistischer Beitrag zur Frage des Vorkomens des Processus vermiformis in Brucksack bei Kindern (Deutsch. med. Wochensch. Leipzig u. Berlin, 1896, XXII).

Gosse. — Appendicite herniaire inguinale droite (*in* Th. Honoré, Paris, 1903).

Guillet. — Deux cas de hernie crurale isolée de l'appendice à droite (L'année méd. de Caen, 1911, 157).

Gordon. — Appendise herniated through meso-appendise (Long Island. med. Jour. Brooklin, 1907, I).

Gorse. — Hernie et appendicite. Bull. méd., Paris, 1910.

Gross. — Cas d'appendice perforé dans une hernie (Deut. Zeit. für Chir., XLVII, 1898).

Guinard. — Hernie étranglée de l'appendice (Bull. Soc. chir., 10 juin, 1896).

Grag. — Lesion of the isolated appendise vermiformis in the hernial sac (British med. J. London, 1910, II).

Guibal et Rolland. — Appendicocèle extrapéritonéal et appendicite extrapéritonéale (Presse Médicale, 1903).

Graziani. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice suivies d'appendicite (Th. de Montpellier, 1899-1900).

Gangolphe. — Appendicite herniaire (Lyon Médical, 1892).

Giltay. — A propos d'appendicite herniaire (Ann. Soc. méd. d'Anvers, 1908, XIX).

Golding. — An inflamed appendise in an inguinal hernia simulating strangulation (Med. Rec., New-York, 1905).

Gillot. — Hernio-appendicectomie (Th. de Paris, 1909-1910).

Halle. — Perforation of the appendise within a hernial sac (British med. J. London, 1902).

Hutchinson. — Perforation of the vermiform appendise within a hernial sac (British med. J. London, 1902).

Horwitz. — Appendicular abcess into the sac of a reductible inguinal hernia (Phila. Med. J., 1900, V).

Hernsted. — Etranglement de l'appendice dans le canal crural (British med. Jour., 1900).

Hoffmann. — Beitrag. z. Kentnis des Hernien des Processus vermiformis (Deut. Zeit. für Chir., 1897, t. XLV).

Herbig. — Die Erkrankungen des Processus vermiformis im Bruchsack (Thèse München, 1900).

Holcomb. — A case of hernia ; the appendise adherent to the sac (U. States nav. m. Bull. Washington, 1908).

Jacob. — Hernie de l'appendice (Lyon médical, 1908).

Kirmisson. — Hernie isolée de l'appendice du côté droit sans sac péritonéal (Bull. Soc. chir. Paris, 1908).

Honoré. — Appendicite herniaire (Thèse de Paris, 1903).

Hirsch. — Zur Casuistik des erkranken Appendise in Bruchsack (Frager med. Wochensch., t. XXXVI, janv. 1911).

— . Sur l'appendicite herniaire, — — 1911).

Jacquemin. — Appendicite aiguë en milieu herniaire (Th. de Paris, 1905).

Jacobovici. — Appendicite herniaire droite (Soc. chir. de Bucarest, novembre 1908).

Jouen. — De l'appendicocèle d'après les chirurgiens de l'ère listérienne (Thèse de Paris, 1907-1908).

Jalaguier. — Traité de chirurgie.

Jaboulay. — Nouv. traité de chirurgie. Art. Hernies.

Jacquemin. — Appendicites herniaires (Thèse de Paris, 1905).

Jackle. — Die Erkrankungen des Processus vermiformis in Bruchtack (Thèse Marburg, 1888).

Jalaguier. — Hernies, *in* Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

Jopson. — Un. M. mag. Phila., 1900.

Jacob. — Appendice hernié sans appendicite (Soc. chir. Lyon, avril 1908).

Jouon. — Etranglement de l'appendice dans un sac de hernie crurale (Gaz. med. Nantes, 1906).

Knowles. — Boston med. surg. Journ. 1896, t. CXXXIV.

Klein. — Ueber die dusséren Brucke des Processus vermiform (Thèse Giessen, 1868).

Koerber. — Mitt. a. d. Hamburg Staatskrankenanst, 1908.

Krönlein. — Corresp. Blatt f. Schw. Aertz., 1893.

Körte (de). — Berl. klin. Woch., 1893.

Kirmisson. — Des hernies de l'appendice et l'appendicite herniaire (Méd. moderne, 1908).

Kellock. — Lancet, London, 1909, t. II, p. 294.

Kösters. — Thèse Giessen, 1904.

Le Jemtel. — Un cas d'appendicite herniaire inguinale à forme rare (Archives provinciales de chirurgie. Paris, 1907, XVI, 737-739).

Lemaire. — Appendicite herniaire (Normandie médicale, Rouen, 1905, XX, 162).

Ledingon. — De l'étranglement de l'appendice iléo-cæcal dans le canal crural (Thèse de Paris, 1905).

Le Dentu. — Cliniques chirurgicales (Paris 1890, p. 269).

Lahaussois. — Hernie inguinale droite étranglée contenant le cæcum et l'appendice (Progrès médical, n° 26, 25 juin 1910).

Launay. — Appendicite aiguë dans un sac herniaire (Bull. Soc. Chirurgie, Paris, 20 mai 1908. Rapport par Villemin, 660-685).

Launois. — Etranglement herniaire chez les enfants (Rev. des mal. de l'enfance, 1883).

Le Bec. — Hernie inguinale contenant l'appendice enflammé. Résection. Guérison (Revue de chirurgie, 1888).

Lévy (A.) (de Nancy). — Complications des hernies de l'appendice (Archives provinciales de Chirurgie, 1903, p. 393-408, 461-499, 530-557).

Legueu. — Etranglement de l'appendice dans une hernie crurale (Bull. Soc. Chirurgie, 20 déc. 1904).

Leclerc. — Hernie isolée de l'appendice dans un sac crural (Bull. et mém. Soc. Chir. Paris, 1906, 345-337).

Marque (E.). — De la coexistence de l'appendice et de la hernie inguinale droite. Traitement opératoire (Thèse de Bordeaux, 1906.

Masini. — Hernie étranglée de l'appendice (Société de Chirurgie de Marseille, 10 novembre 1910).

Massoulard. — Etranglement herniaire de l'appendice et appendicite herniaire (Archives provinciales de chirurgie. Paris, 1906, XV, 220-236).

Mérigot de Treigny. — Hernies du gros intestin (Thèse de Paris, 1887).

Morestin, Monod et Guinard. — Etranglement crural de l'appendice (Bull. de la Soc. de chir. de Paris, 17 mars 1909, 383-386).

Merlo. — De l'appendicite herniaire (Thèse de Montpellier, 1909).

Morestin. — Phlegmon gangréneux du scrotum pour appendicite herniaire. Fistule stercorale persistante. Intervention. Guérison (Rapport de M. Legueu, Soc. de chir., 19 mars 1901).

Michel. — Appendicite herniaire latente (Revue médicale de l'Est, Nancy, 1906. 747-751).

Monod et Vanverts. — Technique opératoire (Paris).

Moty. — Péritonite appendiculaire traitée par la cure radicale et l'ébouillantage (Bul. et mém. Soc. de chir. Paris, 1900, XXVI, 356-358).

Mauclaire (L.) et Dambrin. — Hernie appendiculaire étranglée dans l'anneau crural (Bull. Soc. anat. Paris, juillet 1902.)

Mouchet. — Appendicite herniaire simulant un étranglement de l'intestin. Kélotomie, résection de l'appendice. Guérison

(Gazette hebdomadaire méd. et chirurgie. Paris, 1900. 1165-1166).

Mézangeau. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal (Thèse de Paris, 1899-1900).

Naquet. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice vermiculaire et de leurs complications (Thèse de Paris, 1900).

Neugebauer. — Radikaloperation rechtseitiger Brucke und appendicitis (Centralblatt für Chirur. Leipzig, 1900, XXVII, 439-440).

Norris. — Case of hernia of vermiform appendix (The British medical J. n° 2539, 28 août 1909.)

Neurenshard. — Acase of strangulated hernia of the appendix vermiformis (The Lancet. London, t. CLXXX, n° 4568, 18 mars.)

Osty. — De l'appendicite herniaire (Thèse de Paris, 1900).

— Appendicite herniaire crurale chronique avec poussées aiguës simulant une adénite tuberculeuse suppurée. Opération. Guérison (Thèse Paris, 1900).

Pollosson. — Appendicite herniaire avec collection extra-sacculaire. Mort (Thèse de Charnois, Lyon 1894. Lyon Médical, 1894).

Pollosson. — Etranglement herniaire de l'appendice iléo-cæcal. (Lyon Médical, 21 mai 1893).

Potherat, Guinard, Thiery, Reynier. — Etranglement de l'appendice iléo-cæcal en hernie crurale droite (Bull. de la Soc. de Chirurgie. Paris, 1909, n° 29, p. 623-661).

Perriol. — Appendicite herniaire suppurée avec abcès iliaque ; guérison (Dauphiné Médical. Grenoble, 1904, 245-247).

Pascal et Pilliet. — Apoplexie de l'appendice hernié (Bull. Soc. Anat. Paris, 1898, 352-354).

Potherat. — Hernie de l'appendice. Corps étranger et appendicite (Bull. Soc. Chirurgie, 15 juin 1898).

Pike (J.-B). — Abcess due to appendicitis simulating strangulated inguinal hernia (Lancet, London, 1901, 548-549).

Pinatel. — Hernie appendiculaire étranglée (Loire Médicale, Saint-Etienne, 1897).

Patel. — Cancer primitif d'un appendice hernié (Lyon médical, 1907, CIX, 276-278).

Quénu (A.). — Hernie crurale de l'appendicite étranglée. Examen histologique (Bull. de la Société de chirurgie de Paris, 15 juillet 1903).

Routier. — Appendice dans un sac crural suppurée (Bull. Soc. chir. Paris, 23 novembre 1904, 978).

Rochard. — A propos de la hernie de l'appendice dans un sac suppurée de hernie crural (Bull. et Mém. Soc. chir. Paris, 1904r 996).

Roux de Brignoles, Pieri et Battut. — Fistule consécutive à l'ouverture d'abcès d'origine appendiculaire dans un cas de hernie de l'appendice isolé. Société de chirurgie de Marseille, 17 juin 1909).

Raffin. — Méfaits du taxis (Lyon médical, 1900, XCIII, 227-228).

Rivet. — Les hernies de l'appendice vermiforme (Gazette des Hôpitaux, Paris, 1898, 721-724).

Reclus. — Hernie ombilicale de l'appendice. Soc. d'anat., Paris, 15 juin 1892.

Renault. — Hernie du cæcum et de l'S iliaque chez l'enfant (Thèse de Paris, 1898-99).

Riche (V.). — Appendicite herniaire dans une volumineuse épiplocèle crurale irréductible (Bull. Soc. anat., Paris, 1906, 337).

Ricou. — Hernie crurale droite appendiculaire étranglée. Cure radicale. Ablation de l'appendice. Guérison (Bull. Soc. anat., Paris, 1905, p. 96).

Siredey et Leroy. — Etude anatomo-pathologique de cinq cas d'appendicite (Bull. et Mém. Soc. Médicale des Hôpitaux, Paris, 29 janv. 1897).

Schwartz. — De la pathogénie de la hernie appendiculaire (Progrès Médical, n° 4, 9 octobre 1909).

Souligoux. — Appendicite et cure radicale de hernie inguinale irréductible (Bull. et Mém. Soc. anat., Paris, 1900, 6. S. II, 608-609).

Silhol. — Appendice et hernie (Marseille Médical, 1906, p. 279-326-330).

Sorel. — Etranglement herniaire de l'appendicite herniaire (Arch. provinc. de chirur. Paris, XV, 263-266).

Sauvage. — Des hernies de l'appendice dermiforme ; appendicite herniaire (Thèse Paris, 1894).

Segelmann. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal (Thèse de Paris, 1897-98).

De Sauvejante. — Contribution à l'étude de l'appendicite et de la hernie inguinale droite concomitante (Thèse de Lyon, 1904).

Terrier. — De l'appendicite (Revue de Chirurgie de Paris, 1900, XX, 17-49).

Tixier. — Appendice et hernie inguinale ; hernio-laparotomie (Lyon Médical, 1910, CXIV, 699).

Talamon. — Valeur pronostique de la colique appendiculaire (Médecine Moderne, Paris, 1900, 89-93).

Taillefer. — Appendice herniaire (Indépendance Médicale, 1897, p. 361).

Tuffier. — Cæcum et ses hernies (Arch. gén. médec., I, 641, 32 à 52).

Témoin. — Appendicites herniaires (Gazette de gynécologie, Paris, 1905, XX, 323-331).

Trèves. — Mémoire sur les hernies du cæcum (British med. Journ. London, 1887).

Thierry. — Hernie inguinale droite de l'appendice seul. Appendicite. Opération. Guérison (Bull. Soc. anat., Paris, juillet 1892).

Termier. — Appendicite suppurée chez un vieillard de 81 ans (Dauphiné Médical, Grenoble, 1905, XXIX, 49-51).

Veslin. — Sur un cas de hernie ingino-scrotale double avec fistule cutanée appendiculaire droite chez un enfant de 28 mois (Bull. Soc. de chir., Paris, 23 déc. 1896).

Wagon. — Appendicite chronique d'emblée (Thèse de Paris, 1904).

Walther. — Observation d'appendicite herniaire (*in* Thèse de Sauvage, Paris, 1894).

Weiss. — Cas de pseudo-appendicite et exemple d'erreur dans le diagnostic de l'affection (Revue médicale de l'Est, Nancy, 1900, XXXII).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 juin 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 juin 1911.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!